

Name, Vorname des/der Versicherten <i>Nazwisko, imię ubezpieczonego</i>	geboren am <i>Data urodzenia</i>

Polnisch

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Drogi Pacjencie,

aby w przypadku Pana / Pani choroby móc zastosować właściwe leczenie i dobrać odpowiednie leki, prosimy o wypełnienie załączonego formularza i udzielenie odpowiedzi na zawarte w nim pytania odnośnie przebytych chorób. Wszystkie zawarte w nim informacje podlegają tajemnicy lekarskiej.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? *Czy przeszedł lub przechodzi Pan / Pani któreś z poniższych chorób?*

ja nein
tak nie

- | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Allergie
<i>Alergie</i> | | |
| 1.1 | Antibiotikum/Penicillin
<i>Antybiotyk / Penicylina</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Latex
<i>Lateks</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 | Vinyl
<i>Winył</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 | Sonstige ...
<i>Inne...</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Anfallsleiden (Epilepsie)
<i>Napadowe choroby (padaczka)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Atemwegserkrankungen
<i>Choroby dróg oddechowych</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Blutgerinnungsstörung
<i>Zaburzenia krzepliwości krwi</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Diabetes
<i>Cukrzyca</i> | | |
| 5.1 | juvenile I (Spritze)
<i>insulinozależna Typ I (zastrzyki)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Altersdiabetes II (Tabletten)
<i>insulinoniezależna Typ II (tabletki)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Glaukom (erhöhter Augendruck)
<i>Jaskra (podwyższone ciśnienie śródocza)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Hämatologische Erkrankungen
(Erkrankung blutbildender Organe)
<i>Choroby układu krwiotwórczego</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Herz-Kreislauf-Erkrankung
<i>Choroby krążenia</i> | | |
| 8.1 | Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
<i>Niewydolność krążeniowa (osłabienie mięśnia sercowego)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 | Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris
(Brustenge)
<i>Wieżcowa choroba serca (dusznicza bolesna)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 | Herzinfarkt
<i>Zawał mięśnia sercowego</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 | Herzrhythmusstörungen
<i>Zaburzenia rytmu serca</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 | Herzschrittmacher
<i>Rozrusznik serca</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.6 | Herzklappenfehler/-ersatz
<i>Niewydolność zastawek sercowych</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.7 | Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
<i>Nadciśnienie krwi</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.8 | Hypotonie (niedriger Blutdruck)
<i>Niskie ciśnienie krwi</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.9 | Mangeldurchblutung des Zentralen Nervensystems/ Schlaganfall
<i>Niedokrwienie centralnego systemu nerwowego / udar mózgu</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Initiiert vom:



Unterstützt von:



- | | ja
tak | nein
nie | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 9 Infektionskrankheiten
<i>Choroby zakaźne</i> | | | |
| 9.1 Hepatitis (A, B, C)
<i>Zapalenie wątroby</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Typ: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> |
| 9.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS)
<i>Niewydolność układu odpornościowego (AIDS)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Typ: |
| 10 Lebererkrankungen
<i>Choroby wątroby</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 Magen-Darm-Erkrankungen
<i>Choroby żołądka i jelit</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12 Nierenerkrankungen
<i>Choroby nerek</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12.1 Chronische Niereninsuffizienz
(Nierenschwäche)
<i>Chroniczna niewydolność nerek</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12.2 Dialyse
<i>Dializowanie (sztuczna nerka)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13 Osteoporose (Knochenschwund)
<i>Zrzesztnienie kości (osteoporoza)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14 Rheumatoide Arthritis (Gelenkentzündung)
<i>Zapalenie reumatoidalne stawów</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 Schilddrüsenerkrankungen
<i>Choroby tarczycy</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16 Tumorerkrankungen
<i>Choroby nowotworowe</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17 frühere Operationen?
<i>Przebyte operacje?</i> | | | |
| 17.1 Herz
<i>na sercu</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17.2 Leber
<i>na wątrobie</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17.3 Niere
<i>na nerkach</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17.4 Sonstige ...
<i>inne...</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18 Haben Sie Angst vor der Behandlung?
<i>Czy boi się Pan / Pani leczenia?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19 Besteht eine Schwangerschaft?
<i>Czy jest Pani w ciąży?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, im wievielten Monat?
<i>Jeśli tak, który miesiąc?</i> |
| 20 Nehmen Sie Medikamente?
<i>Czy przyjmuje Pan / Pani leki?</i> | | | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| 20.1 Blutverdünnende Mittel
<i>przeciwko krzepnięciu krwi</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20.2 Mittel gegen hohen/niedrigen
Blutdruck
<i>przeciwko nadciśnieniu / niskiemu
ciśnieniu</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20.3 Schmerzmittel
<i>przeciwbólowe</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20.4 Psychopharmaka
<i>leki psychotropowe</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20.5 Sonstige ...
<i>inne...</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Die sich auf dem Bogen befindlichen Informationen sowie die Übersetzungen wurden sorgfältig und nach bestem Wissen erstellt. Eine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Bögen und insbesondere der Übersetzungen wird dennoch nicht übernommen.

Datum, Unterschrift
Data, podpis